

Päihdepalveluiden rakenteen ja työnjaon maakunnittaiset erot vuonna 2015

KRISTIIINA KUUSSAARI & OLAVI KAUKONEN & AIRI PARTANEN & HANNA SAMPOSALO & HELENA VORMA

Lokakuun toisena tiistaina vuonna 2015 sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa kirjattiin 10 650 päihde-ehdoista asiointia. Työnjako sosiaali- ja terveydenhuollon, päihdehuollon erityispalveluiden ja asumispalveluiden kesken ei ole valtakunnallisesti juuri muuttunut vuodesta 2011. Sen sijaan maakuntien sisäisessä työnjaossa on kuitenkin tapahtunut työnjaollisia siirtymiä. Maakuntien lähtötilanne sote-uudistukseen on hyvin vaihteleva.

.....
English summary at the end of the article

Johdanto

Päihteiden käyttäjien palveluiden saatavuudessa on alueellisia eroja. Esimerkiksi suurissa kaupungeissa on enemmän ja monipuolisempia palveluita tarjolla kuin pienillä paikkakunnilla (Ala-Nikkola & al. 2016; Ala-Nikkola & al. 2014). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen (sote-uudistus) yksi tavoite on palvelujen tarjonnan alueellisten erojen tasaaminen siten, että asiakkailta olisi yhdenvertainen hoitoon pääsyn mahdollisuus asuinpaikasta riippumatta.

Tässä artikkelissa tarkastelemme syksyllä 2015 kerätyn Päihdetapauslaskennan aineiston avulla, miten maakunnat profiloituvat päihde-ehdoisten asiointien määrän ja työnjaon suhteen. Lisäksi olemme kiinnostuneita siitä, minkälainen yhteys palvelujen saatavuudella ja alkoholin ongelmakäytöllä on maakunnittain. Palvelujärjestelmät muuttuvat jatkuvasti. Nyt käsillä olevassa tutkimuksessa käytämme myös vuoden 2011 Päihdetapauslaskennan aineistoa hahmottamaan kuvaa alueiden palvelutarpeen ja palveluiden tilanteesta.

Tutkimus tuottaa taustatietoa käynnissä olevan sote-reformin tueksi. Suurissa järjestelmätason uudistuksissa huolena on se, että paljon tukea ja apua tarvitsevien päihdeongelmaisten monenlaiset palvelutarpeet eivät välttämättä tule riittävästi huomioituiksi.

Päihdeongelmaiset käyttävät päihteisiin liittyvien sairauksien, tapaturmien ja päihteisiin liittyvien akuuttien ongelmien vuoksi sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluja. Päihdeongelmien hoitoon keskittyviä päihdehuollon erityispalveluja ovat esimerkiksi A-klinikat ja päihdeklinikat. Päihteiden käyttäjille on tarjolla myös asumispalveluita ja erilaisia nettiavusteisia palveluita sekä vertaistukiryhmiä (esim. AA, NA). (Arviomuistio: mielenterveyslain ja päihdehuoltolain palvelut 2016; Peronius & al. 2015; Partanen & al. 2014). Tällä hetkellä kunnat voivat tuottaa päihdepalveluita itse tai yhdessä muiden kuntien kanssa. Palveluita on myös mahdollista hankkia joko yksityisiltä tai kolmannen sektorin palvelutuottajilta. Nykyisistä päihdehuollon erityispalveluista merkittävä osa on yksityisten palveluntarjoajien tai voittoa tavoittelemattomien järjestöjen tuottamia. (Schneider & al. 2016; ks. myös Ala-Nikkola & al. 2016.)

Suomessa päihdehuollon erityispalveluilla on ollut vahva rooli palveluiden kokonaisuudessa. Myös sosiaalipalveluilla on ollut tärkeä rooli. (Kaukonen 2005; Kaukonen 2000; Mäkelä & Säilä 1986.) Yksi sote-uudistuksen tavoitteista on erilaisten palveluiden (sosiaali + terveys, perustaso + erityistaso) integroiminen. Päihdehuollon erityispalvelut ovat jo sinällään usein integroituvia palveluita, jossa palveluntarjoajat ovat pyrkineet vastaa-

maan päihdeasiakkaiden monenlaiseen palvelutarpeeseen moniammatillisen osaamisen avulla. Viime vuosina useissa kunnissa on toteutettu päihde- ja mielenterveyspalveluiden integraatiota mielen-terveys- ja päihdesuunnitelman mukaisesti. (Stenius & al. 2015.)

Tässä tutkimuksessa tarkastelemme päihteiden käyttäjien hoitoon liittyvien palveluiden työnjakoa. Olemme kiinnostuneita siitä, miten päihde-ehdoiset asioinnit jakaantuvat terveyspalveluihin (mm. terveyskeskukset, psykiatrinen erikoissairaanhoito, muu erikoissairaanhoito), sosiaalipalveluihin (mm. sosiaalitoimistot, kotihoito, lasten ja nuorten laitokset ja ammatillinen perhehoito), päihdehuollon erityispalveluihin (mm. A-klinikat, nuorisoasemat, päihdehuollon kuntoutuslaitokset) ja asumispalveluihin (mm. päihdehuollon asumispalveluyksiköt, psykiatrian asumispalveluyksiköt, vanhusten asumispalveluyksiköt).

Työnjakoon liittyviä kysymyksiä on selvitetty myös aikaisemmissa Päihdetapauslaskennoissa, ja näyttää siltä, että neljän edellä mainitun sektorin välisessä työnjaossa ei 2000-luvulla ole tapahtunut suuria muutoksia. Pääosin päihdeehdoiset asioinnit ovat kohdistuneet päihdehuollon erityispalveluihin. Sen sijaan kunkin sektorin sisällä on jonkin verran muutoksia eri palveluiden kesken. Esimerkiksi päihdehuollon erityispalveluissa kuntouttavan laitoshoidon määrä näyttäisi vähentyneen 2000-luvulla. (Kuussaari & al. 2012; Nuorvala & al. 2008; Nuorvala & al. 2004). Saman tyyppisen havainnon ovat tehneet myös Yaira Obstbaum ja kumppanit (2011), jotka tutkivat rekisteriaineistojen avulla muutoksia eri viranomaisten työnjaossa vuosina 1985–2006. Tutkimus kohdistui päihdehaittojen yhteiskunnalliseen kontrolliin tarkastellen laitoshoidon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa olevia, poliisin säilöönottamia ja vankiloissa olevia päihdeongelmaisia. Tutkijat havaitsivat, että ennen 1990-luvun loppua kuntouttavan päihdehuollon määrä kasvoi, ja poliisin säilön osuus väheni. Laman jälkeen tilanne muuttui siten, että kuntouttavan laitoshoidon määrä väheni ja päihdeongelmaisia oli aiempaa enemmän vankiloissa.

Päihdehuoltolain (1986/41) kolmannessa pykälässä todetaan, että kunnan on järjestettävä päihdehuolto sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää. Myös tällä hetkellä valmisteltavana olevassa laissa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä mainitaan, että palvelut tulee toteuttaa maakunnan väestön

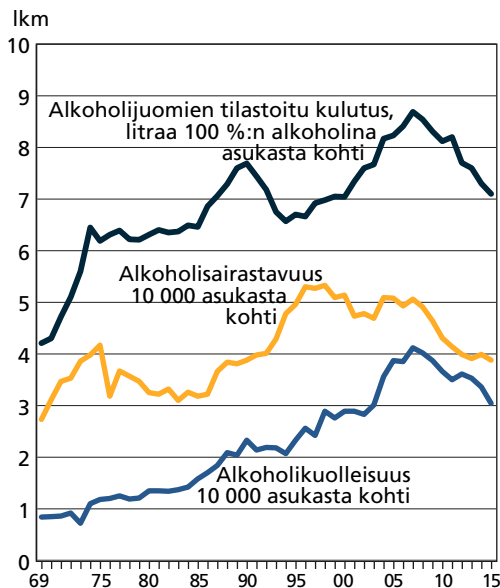
tarpeet huomioon ottaen (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä, keskeneräinen luonnos 31.8.2016). Päihdehuoltolaissa ei anneta tarkempaa ohjeistusta siihen, miten kunnassa esiintyvä palvelun tarve tulisi määritellä (esim. Arajärvi 2013). Tanja Hirschovits-Gerz kollegoineen (2016) on hahmotellut päihdepalveluiden tarvetta erilaisten käytössä olevien indikaattoritietojen pohjalta. Tässä artikkelissa ”tarpeen” indikaattorina käytetään AUDIT-C-mittarin antamaa väestötason tietoa. Sen avulla voidaan arvioida jokseenkin luotettavasti alkoholin ongelmakäyttöä. AUDIT-C:n pistemääräksi voi muodostua 0–12, ja ongelmakäytön seulontarajana on miehille ≥ 6 ja naisille ≥ 5 . Ongelmakäytöksi¹ määritellyn juomiseen liittyy huomattava haittariski tai haitta, ja se voidaan jakaa kolmeen luokkaan: riskikäyttöön, haitalliseen käyttöön ja alkoholiriippuvuuteen. (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito suositus, 2015.)

Päihteiden kulutus ja haitat ovat yhteydessä toisiinsa. Suomessa alkoholi on eniten käytetty päihde. Kuviosta 1 nähdään, miten alkoholin kokonaiskulutus ja siihen liittyvät haitat ovat yhteydessä toisiinsa. Alkoholin kulutus oli huipussaan vuonna 2007 ja myös haitat olivat tuolloin korkeimmillaan. Kuviosta nähdään myös se, että alkoholiverotuksen muutoksilla – esimerkiksi vuonna 2004 – on selvä yhteys kulutukseen ja sitä kautta myös haittoihin. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2016.) Muutokset päihteiden kulutuksessa vaikuttavat palvelutarpeeseen.

Suomessa on 19 maakuntaa. Näillä näkymin sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu tullaan sote-uudistuksessa antamaan 18 maakunnalle. Järjestämisvastuulla tarkoitetaan vastuuta sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteisten tehtävien järjestämisestä. Lisäksi siihen kuuluu vastuu palvelujen käyttäjien palvelukokonaisuuksien toteuttamisesta. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 9. §, keskeneräinen luonnos 31.8.2016.)

Tässä artikkelissa tietoja analysoidaan maakunnittain. Mukana analyysissa on myös Ahvenanmaa, vaikka sen asema eroaa muista maakunnista siten, että se on oma itsehallintoalueensa. Tämän vuoksi Ahvenanmaa ei myöskään ole mukana sote-

¹ AUDIT-C:n ongelmakäytön määritelmä ei ole sama kuin Päihdetapauslaskennan ongelmakäyttö. Käypä hoito -suosituksissa AUDIT-C:n pistemäärät määrittelevät ongelmakäytön, kun Päihdetapauslaskennassa lomakkeen täyttävä määrittelee itse, onko asiakas päihteiden ongelmakäyttäjä.



Kuvio 1. Alkoholijuomien tilastoitu kulutus, alkoholisairastavuus ja alkoholikuolleisuus 1969–2015. Lähde: Päihdetilastollinen vuosikirja 2016.

uudistuksessa. Analyysien ensisijaisena aineistona käytämme syksyllä 2015 kerättyä Päihdetapauslaskennan aineistoa. Tietoja vertaillaan pääasiassa vuoden 2011 Päihdetapauslaskennan aineistoon. Soveltuvien osin käytetään myös muita 2000-luvulla kerättyjä Päihdetapauslaskentojen aineistoja.

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

- Miten päihteisiin liittyvä asiointi sosiaali- ja terveydenhuollossa vaihtelee maakunnittain määrällisesti ja palvelumuodoittain?
- Miten päihteisiin liittyvä työnjako terveydenhuollon, sosiaalipalvelujen, päihdehuollon erityispalvelujen ja asumispalvelujen välillä vaihtelee valtakunnallisesti ja maakunnittain?
- Miten päihteisiin liittyvä palveluiden käyttö ja alkoholin ongelmakäyttö maakunnittain ovat yhteydessä toisiinsa?

Aineisto ja menetelmät

Päihdetapauslaskentoja on toteutettu Suomessa neljän vuoden välein vuodesta 1987 lähtien. Laskentapäivä on lokakuun toinen tiistai, jolloin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin tehdyistä päihde-ehdoista asioinneista kerätään tietoja yhden vuorokauden ajalta (Kaukonen 2000). Päihde-ehdoilla asioinnilla tarkoitetaan sellaisia asiointoja, joissa henkilökunta arvioi asiakkaan olevan päihteiden ongelmakäyttäjää, asiakas asioi

päihtyneenä tai asiakas asioi jonkin päihteen käyttööseen liittyvän kertaluontoisen haitan, esimerkiksi tapaturman takia. Päihde-ehdotin asiointi kuvaa asiointien, ei asiakkaiden, määrää. On syytä huomioda, että laskenta tavoittaa ainoastaan palveluihin paikan päälle hakeutuneet. Esimerkiksi puhelimitse tai verkon kautta saatua palvelua aineisto ei tavoita.

Päihdetapauslaskennan aineiston keräämisessä käytettiin sähköistä tiedonkeruulomaketta, jonka rinnalla käytössä oli myös paperilomake. Sähköisellä lomakkeella palautui noin puolet (54 %) tiedoista. Lomakkeessa kysyttiin tietoja toimintayksiköstä ja annetuista palveluista. Lisäksi kysyttiin asiakkaan sosiodemografisia taustatietoja ja tietoja päihteen käytöstä. Tutkimusmateriaali lähetettiin postitse kaikkiin osoitetietokannassa oleviin yksiköihin. Lisäksi materiaali oli jaossa Päihdetapauslaskennan nettisivulla (www.thl.fi/paihdetapauslaskenta) sekä suomen että ruotsin kielellä.

Päihdetapauslaskennan kadon arvioiminen on haastavaa (ks. Kuussaari & al. 2012; Nuorvala & al. 2008). Suomessa ei ole käytössä yhtenäistä sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden ajantasaisista osoiterekisteriä, josta olisi mahdollista saada tiedot sekä julkisen, yksityisen että kolmannen sektorin palveluista. Tämä tarkoittaa sitä, että olemme joutuneet rakentamaan osoitetietokannan erilaista lähteistä.² Muodostamassamme osoitetietokannassa oli 11 660 yksikön osoitteet. Yksiköksi määriteltiin esimerkiksi terveysasema, A-kliinikka tai kotihoidon alue, ja sairaaloissa se hallinnollinen organisaatiossa, johon kuuluu useampia osastoja/poliklinikoita. Osoitetietokannan mahdollisia puutteita pyrittiin minimoimaan aktiivisella tiedottamisella, jotta tavoitettaisiin myös ne yksiköt, jotka mahdollisesti puuttuivat muodostamamme osoitetietokannasta.

² Toimipaikkatietojen ajankohtaisuuden varmistamiseksi rekisteriä verrattiin THL:n ylläpitämän SOTE-organisaatiorekisterin tietoihin. Tämän jälkeen rekisteriä verrattiin ja sitä päivitettiin THL:n huumehoidon tiedonkeruuseen osallistuneiden toimipaikkojen tiedoilla, Valviralta saaduilla yksityisten sosiaalipalveluiden tiedoilla (Valveri), A-kliinikkasäätiöltä saaduilla toimipaikkatiedoilla, Sininauhaliiton, Mielenterveyskuntoutujien keskusliiton sekä A-kiltojen liiton tiedoilla päiväkeskustoiminnasta sekä Kirkko- ja seurakuntien tiedoilla seurakuntien diakonia- ja perhetyön toimipaikoista. Tämän lisäksi kaikista yli 100 000 asukkaalla kunnista pyydettiin ajankohtaiset tiedot sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Kuntien sosiaalipalvelujen osalta tietoja tarkistettiin lisäksi Sosiaali- ja terveydenhuollon hakemiston 2015 sekä kuntien nettisivujen avulla. Lisäksi tarkistettiin suurimpien yksityisten terveyspalvelujen tuottajien toimipaikkatiedot.

Katoa on saattanut syntyä myös muulla tavalla. On mahdollista, että kaikkia päihde-ehdoisia asiointeja ei ole tunnistettu tai kaikista tunnistetuista asiointeista ei ole täytetty kyselylomaketta. Lisäksi katoa on saattanut aiheuttaa se, että yksikössä on päätetty olla osallistumatta tiedonkeruuseen. Syksyllä 2015 Päihdetapauslaskenta osui useissa kunnissa koulujen syyslomaviikolle, jolloin yksikkö on saattanut olla kokonaan kiinni tai työtä on tehty tavallista pienemmillä resursseilla. Katoanalyysia hankaloittaa myös se, että yksiköiden tarkka lukumäärä ei ole tiedossa. Tämä liittyy siihen, että yksikön nimi saatetaan kirjoittaa vastauslomakkeisiin useilla eri tavoilla. Tällöin ei voida varmasti tietää ovatko aineistoa tuottaneet yksiköt mahdollisesti samoja tai eri yksiköitä.

Tässä artikkelissa analysoimme Päihdetapauslaskennan tuloksia sopivia kuvaavia tilastollisia menetelmiä käyttäen (frekvenssit ja ristiintaulukoinnit). Sirontakuviota on käytetty kuvaamaan alkoholin ongelmakäytön ja asukasluvuun suhteutettujen alkoholin käyttöön liittyvien päihde-ehdoisten asiointien välistä yhteyttä maakunnissa. Aineiston käsittelyssä on käytetty Survo-ohjelmaa, ja tilastolliset analyysit on tehty SPSS versio 22 tilasto-ohjelmalla.

Vuoden 2015 aineistossa oli 10 650 päihde-ehdoista asiointia. Tämä on hieman vähemmän kuin vuosien 2011 ja 2007 aineistoissa, mutta samaa tasoa kuin 2003 tehdyssä laskennassa. Päihdetapauslaskenta tavoittaa pääosin päihteiden ongelmakäyttäjii. (Kuussaari & al. 2012; Nuorvala & al. 2008; Nuorvala & al. 2004.) Tietoja saatiin yksikön kotikunnan mukaan tarkasteltuna 246 (77 %) kunnasta ja asiakkaan kotikunnan mukaan tarkasteltuna 281 (89 %) kunnasta. 31 kunnasta ei saatu lainkaan tietoja. Nämä kunnat olivat pääsääntöisesti asukasmäärältään pieniä ja joukossa oli useita ruotsinkielisiä kuntia. Reilut 4 700 yksikköä ilmoitti, että heillä ei ollut laskentapäivänä lainkaan päihde-ehdoisia asiointeja.

Tulokset

Päihde-ehdoiset asioinnit maakunnissa

Päihde-ehdoisten asiointien määrät vaihtelevat maakunnittain. Vuonna 2015 Suomessa kirjattiin laskentavuorokauden aikana 19,4 päihde-ehdoista asiointia 10 000 asukasta kohden. Maakunnittain³ tarkasteltuna eniten väestöön suhteutettuja päihde-ehdoisia asiointeja oli Kymenlaaksossa (26,5) ja vähiten Pohjanmaalla (6,4). Koko maan tasoa enemmän asiointeja oli kuudessa maakunnassa. (Kuvio 2.)

Vuonna 2011 laskentavuorokauden aikana tehtiin 21,3 päihde-ehdoista asiointia 10 000 asukasta kohden. Kun verrataan vuonna 2015 tehtyjen päihde-ehdoisten asiointien määrää vuoden 2011 tietoihin näyttää siltä, että asioinnit ovat vähentyneet useimmissa maakunnissa. Erityisen paljon asioinnit ovat vähentyneet Etelä-Karjalassa, Lapisissa, Päijät-Hämeessä, Uudellamaalla ja Varsinais-Suomessa. Ahvenanmaalla⁴, Keski-Pohjanmaalla ja Pohjois-Savossa päihde-ehdoiset asioinnit ovat sen sijaan lisääntyneet. (Kuvio 2.)

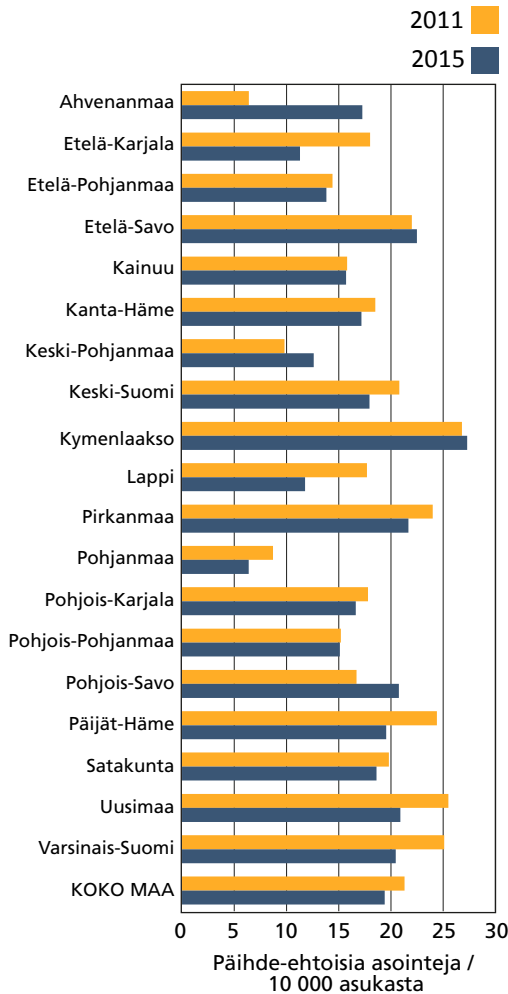
Valtaosa (64 %) päihde-ehdoisista asioinneista tehtiin vuonna 2015 avopalveluihin. Terveystenhuoltoon tehdyistä asioinneista puolet (53 %) kohdistui avopalveluihin. Sosiaalipalveluissa (92 %) ja päihdehuollon erityispalveluissa (81 %) suurin osa asioinneista tapahtui avopalveluissa. Asumispalveluissa⁵ viidennes (21 %) asioinneista oli kirjattu avopalveluiksi. Avopalveluiden osuus on tuoreessa laskennassa lisääntynyt jonkin verran vuoteen 2011 verrattuna, ja osuus on myös suurempi kuin muissa 2000-luvulla tehdyissä Päihdetapauslaskennoissa (Kuussaari & Hirschovits-Gerz 2016; Nuorvala & al. 2008; Nuorvala & al. 2004).

Kuviosta 3 nähdään, että kaikissa maakunnissa yli puolet yhden päivän aikana kirjatuista päihde-

3 Aineisto on jaoteltu maakuntiin asiakkaan kotikunnan mukaan. Ainoastaan työnjakoa kuvaavassa analyysissä (taulukko 1) on käytetty yksikön sijaintimaakuntaa.

4 Ahvenanmaalla ei ollut kirjattu vuoden 2011 Päihdetapauslaskennassa lainkaan päihde-ehdoisia asiointeja laskentavuorokauden aikana päihdehuollon erityispalveluissa eikä myöskään asumispalveluissa (ks. tarkemmin taulukko 1). Tämä selittää ainakin osan Ahvenanmaan muutoksesta päihde-ehdoisten asiointien määrässä vuosien 2011 ja 2015 välillä.

5 Asumispalveluissa palvelu on luokiteltu sekä avo- että laitospalveluihin riippuen siitä, onko kyseessä tukiasunto-tyyppinen asumispalvelu (henkilökunta ei jatkuvasti läsnä) tai tehostettu asumispalvelu, jossa hoitohenkilökunta on läsnä jatkuvasti. Näin oli myös vuoden 2011 aineistossa.

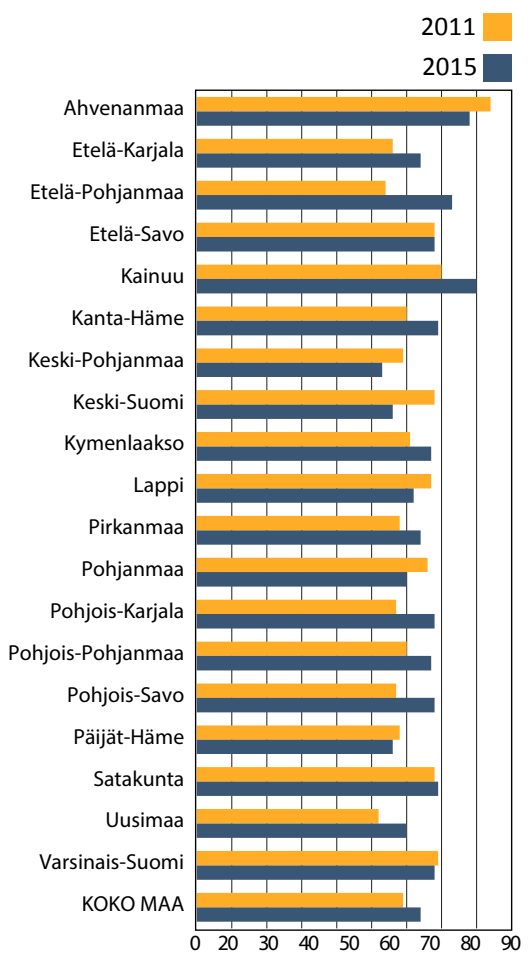


Kuvio 2. Päihde-ehdoiset asioinnit / 10 000 asukasta maakunnittain ja koko maassa vuosina 2011 ja 2015.

ehdoisista asioinneista on kohdistunut avopalveluihin kumpanakin havaintovuonna. Maakuntien välillä on kuitenkin eroja. Ahvenanmaalla ja Kainuussa lähes 80 prosenttia asioinneista on vuonna 2015 tehty avopalveluihin, kun taas Keski-Pohjanmaalla, Keski-Suomessa ja Päijät-Hämeessä päihde-ehdoiset asioinnit jakaantuvat tasaisemmin avo- ja laitospalveluiden kesken.

Kun verrataan kuvioiden 2 ja 3 tietoja voidaan havaita, että asiointien lukumäärä on vähentynyt ja avohoidossa olevien osuus on kasvanut Etelä-Karjalassa, Etelä-Pohjanmaalla, Kainuussa, Kanta-Hämeessä, Pirkanmaalla ja Uudellamaalla.

Kaikista sosiaali- ja terveydenhuollon avohoittoon tehdyistä päihde-ehdoisista asioinneista valtaosa (64 %) tehdään suunnitelmallisesti siten, että asiakas varaa palvelusta ajan itselleen etukäteen.



Kuvio 3. Päihde-ehdotoin avopalveluissa maakunnittain ja koko maassa vuosina 2011 ja 2015 (%).

Kun verrataan tuoreen laskennan tietoja vuoden 2011 laskennan tietoihin näyttää siltä, että koko maan tasolla ilman ajanvarausta hoitoon tulleiden päihdeasiakkaiden määrä on laskenut 42 prosentista 36 prosenttiin. Maakunnittain tarkasteltuna ilman ajanvarausta hoitoon tulo on vähentynyt erityisesti Varsinais-Suomessa (2011 52 % -> 2015 25 %), Pohjanmaalla (2011 37 % -> 2015 16 %) ja Etelä-Karjalassa (2011 50 % -> 2015 12 %).

Virka-ajan (klo 8.00–16.00) ulkopuolella tapahtunut päihde-ehdotoin on harvinaista. Ainoastaan neljä prosenttia kaikista avohoittoon tehdyistä päihde-ehdoisista asioinneista tehtiin virka-ajan ulkopuolella. Vuoden 2011 aineistossa virka-ajan ulkopuolella tehtyjen päihde-ehdoisten asiointien osuus oli seitsemän prosenttia.

Erityisen paljon virka-ajan ulkopuolinen asiointi on vähentynyt Keski-Pohjanmaalla (2011 17 % -> 2015 7 %) ja Varsinais-Suomessa (2011 22 % -> 2015 2 %).

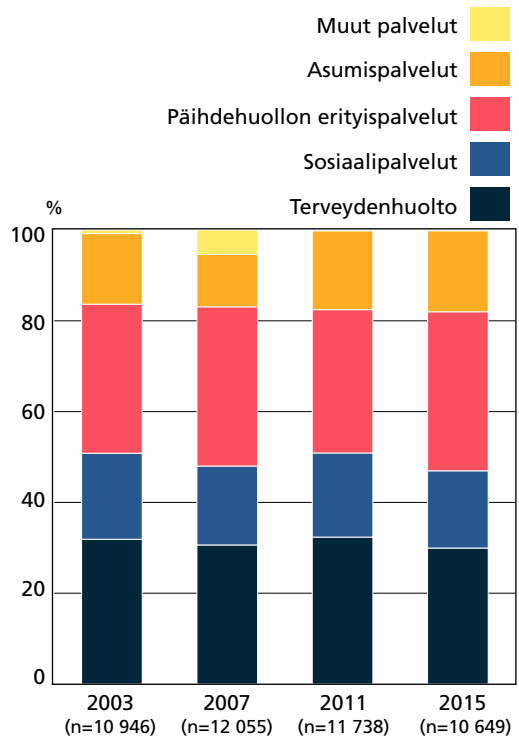
Päihdeiden käyttäjien palveluiden työnjako

Kuviosta 4 nähdään, miten päihde-ehdoiset asioinnit ovat kohdistuneet sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä 2000-luvulla. Tuoreessa laskennassa asioinnit ovat lisääntyneet edelliseen laskentakertaan verrattuna päihdehuollon erityispalveluissa. Vuonna 2015 ollaan terveydenhuollon, sosiaalipalvelujen ja päihdehuollon erityispalvelujen osalta jokseenkin samanlaisessa tilanteessa kuin vuoden 2007 laskennassa. Asumispalveluiden osalta tilanne on hieman muuttunut vuoteen 2007 verrattuna. Tähän saattaa osin vaikuttaa kuitenkin Päihdetapauslaskennan yksikköluokituksissa oleva vaihtelu tiedonkeruun eri vuosien välillä. Luokkaan ”muut palvelut” oli vuonna 2007 kirjattu suhteellisen paljon palveluita, joista osa saattaa olla juuri asumismuotoista palvelua.

Maakuntien päihdeiden käyttäjien hoidon työnjakoon liittyviä kysymyksiä tarkastellaan taulukossa 1. Taulukon tiedot on saatu ristiintaulukoimalla yksikön maakunta neljän palvelutyyppin mukaan. Muut palvelut on jätetty tarkastelusta kokonaan pois, koska tapausmäärä on niin pieni. Tulkitsemme työnjaon painopisteen olevan siinä palvelutyypissä, johon laskentavuorokauden aikana on kohdistunut suhteellisesti eniten päihde-ehdoisia asiointoja (vrt. Kuussaari & al. 2012). Taulukossa 1 on myös vuoden 2011 tiedot. Näin voidaan nähdä myös mahdollinen maakunnan sisällä tapahtunut työnjaon muutos.

Taulukossa maakunnat on jaettu kolmeen ryhmään, joita ovat päihdehuollon erityispalvelupainotteiset maakunnat, yleiset sote-palveluihin painottuneet maakunnat sekä maakunnat, joissa päihde-ehdoiset asioinnit ovat jakautuneet tasaisesti eri palvelutyyppien välillä. Taulukossa eri ryhmien välillä on viivat erottamassa niitä toisistaan ja lihavoidut numerot kertovat siitä, missä työnjaon painopiste on ollut vuonna 2015.

Päihdehuollon erityispalvelupainotteisten maakuntien joukossa on Suomen väkirikkaimpia ja ”märimpiä” seutukuntia (Pirkanmaa, Uusimaa, Varsinais-Suomi), joissa myös huumeiden käyttö ja lääkkeiden päihdekäyttö on yleistä. Näyttää siltä, että erityispalvelupainotteisten maakuntien palvelujärjestelmän työnjako on useimmissa maakunnissa samanlainen kuin vuonna 2011.



Kuvio 4. Päihde-ehdoisten asiointi vuosina 2015, 2011, 2007 ja 2003 terveydenhuollossa, sosiaalipalveluissa, päihdehuollon erityispalveluissa, asumispalveluissa ja muissa palveluissa (%).

Poikkeuksen tästä tekevät Keski-Pohjanmaa ja Pirkanmaa, joissa kummassakin työnjaon painopiste on tarkasteltavalla aikavälillä muuttunut terveydenhuoltopainotteisesta päihdehuollon erityispalvelupainotteiseksi.

Suurimmassa osassa sote-palveluihin painottuneista maakunnista päihde-ehdoiset asioinnit ovat kohdistuneet terveydenhuollon palveluihin. Terveydenhuollon rooli näyttäisi vahvistuneen entisestään Etelä-Karjalassa, Pohjois-Karjalassa, Päijät-Hämeessä ja Satakunnassa vuoden 2011 tietoihin verrattuna. Lappi poikkeaa muista tämän ryhmän maakunnista siten, että siellä valtaosa (34 %) päihde-ehdoisista asioinneista kohdistuu yleisiin sosiaalipalveluihin. Lapissa myös päihdehuollon erityispalveluilla on tärkeä rooli. Lapin tilanne näyttäisi muuttuneen jonkin verran vuoteen 2011 verrattuna, jolloin päihde-ehdoisia asiointoja kohdistui eniten terveydenhuoltoon. Myös Kainuussa yleisten sosiaalipalvelujen osuus on korkea, vaikka asiointoja näyttäisikin tuoreessa laskennassa olevan aiempaa enemmän terveydenhuollon palveluissa.

Etelä-Savossa, Kanta-Hämeessä ja Pohjois-Pohjanmaalla päihde-ehdotusasiointi on jakaantunut tasaisesti eri palvelutyyppien kesken. Etelä-Savossa ja Pohjanmaalla päihde-ehdotusasiointit ovat jakaantuneet terveydenhuollon, sosiaalipalveluiden ja päihdehuollon erityispalveluiden välille. Kanta-Hämeessä lähes kolmannes (31 %) päihde-ehdotusasiointeista kohdistuu asumispalveluihin. Vuoteen 2011 verrattuna asumispalveluiden osuus on lähes kaksinkertaistunut. Päihde-ehdotusasiointit näyttäisivät Kanta-Hämeessä siirtyneen päihdehuollon erityispalveluista ja yleisistä sosiaalipalveluista asumispalveluihin. Asumispalveluiden osuus Kanta-Hämeessä on huomattavasti korkeampi kuin koko maan asumispalveluiden osuus (18 %).

Päihde-ehdotusasiointien ja alkoholin ongelmakäytön yhteys maakunnittain

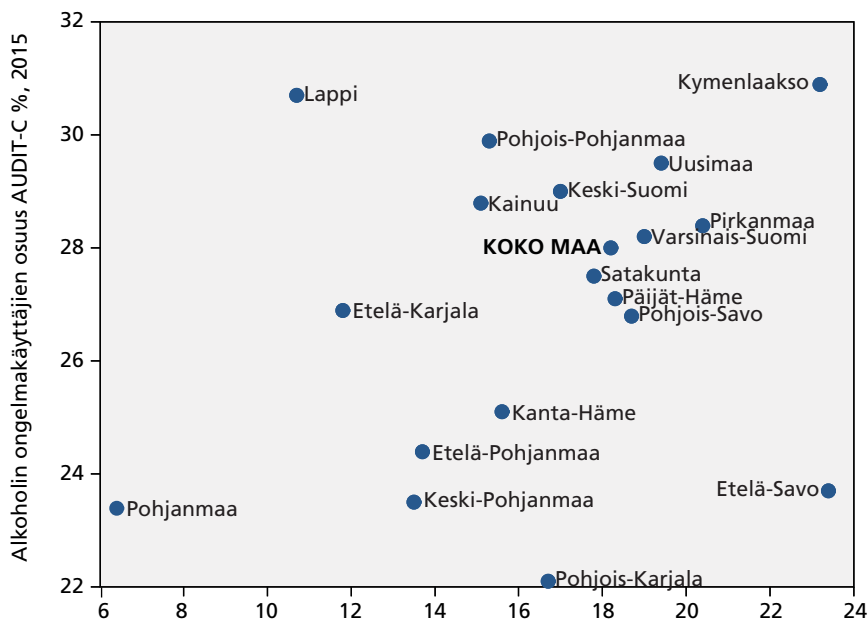
Lopuksi hahmottelemme potentiaalista päihteiden käyttöön liittyvää palveluiden tarvetta AUDIT-C-mittarin ja väestöön suhteutettujen päihde-ehdotus-

ten asiointien avulla. AUDIT-C kertoo alkoholin ongelmakäyttäjien osuuden prosentteina 20 vuotta täyttäneistä. Mittarin maakuntakohtaiset tiedot vuodelta 2015 on saatu Terveiden ja hyvinvointin laitoksen Alueellisesta terveys- ja hyvinvointikyselystä (ATH). Toisena tarkastelun ulottuvuutena on väestöön suhteutettu päihde-ehdotusasiointi, johon tässä yhteydessä on otettu mukaan ainoastaan ne asiointit, joissa on mukana alkoholin käyttöä. Tämä rajausta on tehty sen takia, että AUDIT-C kertoo alkoholin ongelmakäytöstä. Lisäksi päihde-ehdotusasiointit on rajattu koskemaan yli 20-vuotiaasta väestöstä niin ikään AUDIT-C:n määrittelemien reunaehtojen mukaan. Asiointit on suhteutettu maakunnittain yli 20-vuotiaaseen väestöön.

Kuviosta 5 nähdään, että koko maata kuvaavan kaksikulotteisen pistearvon ympärille on sijoittunut kaksi väestörakasta maakuntaa: Pirkanmaa ja Varsinais-Suomi. Näiden lisäksi koko maan pistearvon tasolla ovat myös Pohjois-Savo, Päijät-Häme ja Satakunta. Näissä maakunnissa 26–29 pro-

Taulukko 1. Päihde-ehdotusasiointi terveydenhuoltoon, yleisiin sosiaalipalveluihin, päihdehuollon erityispalveluihin ja asumispalveluihin vuosina 2011 ja 2015 (%)

	Terveydenhuolto		Yleiset sosiaalipalvelut		Päihdehuollon erityispalvelut		Asumispalvelut	
	2011	2015	2011	2015	2011	2015	2011	2015
Keski-Pohjanmaa	47	12	20	26	22	37	11	25
Keski-Suomi	28	32	18	13	36	34	17	21
Kymenlaakso	17	19	14	13	49	51	20	16
Pirkanmaa	39	26	19	15	22	38	20	21
Uusimaa	29	24	13	13	37	41	21	23
Varsinais-Suomi	29	30	17	14	41	43	13	13
Ahvenanmaa	68	61	32	2	0	35	0	2
Etelä-Karjala	40	54	12	12	28	29	20	5
Etelä-Pohjanmaa	44	41	27	24	15	26	15	9
Kainuu	33	45	48	40	7	10	12	6
Lappi	33	25	28	34	29	31	10	10
Pohjanmaa	24	36	18	28	45	32	14	5
Pohjois-Karjala	35	42	29	27	13	17	21	14
Pohjois-Savo	56	54	24	15	16	21	5	10
Päijät-Häme	34	39	28	16	23	30	15	15
Satakunta	36	39	25	19	32	27	7	15
Etelä-Savo	27	29	25	30	27	31	21	10
Kanta-Häme	25	25	24	17	35	27	16	31
Pohjois-Pohjanmaa	35	28	23	28	24	26	18	18
Koko maa	32	30	19	17	32	35	17	18



Yli 20-vuotiaiden alkoholia käyttäneiden päihde-ehdoiset asiointit/10 000 asukasta 2015

Kuvio 5. Alkoholia käyttäneiden yli 20-vuotiaiden päihde-ehdoiset asiointit / 10 000 samanikäistä asukasta ja AUDIT-C (%) maakunnittain** ja koko maassa vuonna 2015. (*Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus. Soskanet indikaattori 4411. **Ahvenanmaa ei ole mukana tarkastelussa, koska sieltä ei ole saatavilla AUDIT-C-tietoja.)*

sentillä yli 20-vuotiaasta väestöstä on AUDIT-C-mittarin mukaan todennäköisesti alkoholin ongelmakäyttöä ja palveluiden käyttöä kuvaava päihde-ehdoisten asiointien määrä on 17,8–20,4/10 000 20 vuotta täyttäneitä asukasta kohden.

Kainuussa, Keski-Suomessa, Pohjois-Pohjanmaalla ja Uudellamaalla AUDIT-C:n pistemäärät ovat hieman korkeammalla tasolla kuin koko maan ja sen lähelle sijoittuneen ryhmän pisteet. Näissä maakunnissa päihde-ehdoisia asiointeja on vähintään Kainuussa (15,1/10 000 yli 20-vuotiaasta) ja eniten Uudellamaalla (19,4/10 000 yli 20-vuotiaasta).

Kuviossa 5 erityisen mielenkiintoisia ovat maakunnat, jotka poikkeavat oleellisesti muista. Yksitällainen on Kymenlaakso, jossa on sekä paljon alkoholin ongelmakäyttöä että päihde-ehdoisia asiointeja. Sen sijaan Pohjanmaalla alkoholin ongelmakäyttäjien osuus on selvästi koko maata alhaisemmalla tasolla ja myös päihde-ehdoisia asiointeja on selvästi vähemmän kuin keskimäärin. Etelä-Karjalassa on kohtuullisen paljon alkoholin ongelmakäyttöä, mutta päihde-ehdoisia asiointeja on suhteellisen vähän (11,8/10 000 yli 20-vuotiaasta).

Lapissa ja Kymenlaaksossa alkoholin ongelmakäyttäjien osuudet ovat samalla tasolla. Kummas-

sakin maakunnassa ongelmakäyttöä on reilulla 30 prosentilla yli 20-vuotiaasta väestöstä. Kymenlaaksossa palveluita käytetään paljon, kun taas Lapissa palveluiden päihde-ehdoisen käyttö on huomattavasti vähäisempää. Niin ikään Pohjanmaalla, Keski-Pohjanmaalla ja Etelä-Savossa alkoholin ongelmakäyttäjien osuudet ovat samaa tasoa, mutta palveluiden päihde-ehdoisen käytön määrissä on huomattavia eroja.

Etelä-Pohjanmaalla, Keski-Pohjanmaalla ja Kanta-Hämeessä alkoholin ongelmakäyttäjien osuus on noin 23–25 prosenttia. Nämä kolme maakuntaa muistuttavat toisiaan myös päihde-ehdoisten palveluiden käytön suhteen. Keski-Pohjanmaalla oli 13,5 päihde-ehdoista asiointia 10 000 yli 20-vuotiaasta asukasta kohden ja Kanta-Hämeessä näitä asiointeja oli 15,6.

Johtopäätökset

Päihde-ehdoisia asiointeja oli vuonna 2015 jonkin verran vähemmän kuin vuosien 2011 ja 2007 Päihdetapauslaskennoissa. Vuonna 2007 alkoholin kulutus ja siihen liittyvät haitat olivat huipussaan. Tämä näkyi myös Päihdetapauslaskennassa,

joka tavoitti vuonna 2007 reilut 12 000 päihde-ehdoista asiointia. Sitten alkoholin kulutus on kääntynyt laskuun ja pienellä viiveellä myös alkoholin käyttöön liittyvät haitat ovat vähentyneet (Päihdetilastollinen vuosikirja 2016). Huumeiden käytön osalta kannabiksen ja ekstaasin käyttö on lisääntynyt jonkin verran viime vuosina. Muiden huumeusaineiden käyttö on sen sijaan pysynyt suhteellisen vakaana. (Hakkarainen & al. 2015.) Myöskään huumeusaineiden käyttöön liittyvissä haitoissa ei ole tapahtunut suuria muutoksia viime vuosina (Varjonen 2015). Päihdetapauslaskennan päihde-ehdoisten asiointien kokonaismäärän väheneminen näyttäisikin olevan yhdenmukainen muiden päihteiden käyttöön liittyvien haittatietojen kanssa.

Tiedetään, että palveluiden rakenne ja saavutettavuus vaihtelevat kunnittain erittäin paljon (esim. Mikkola & al. 2015; Partanen & al. 2014). Tämä asettaa asiakkaat eriarvoiseen asemaan palveluihin pääsystä. Päihdetapauslaskennan aineiston perusteella palvelujen saatavuuden toteutunut vaihtelu on erittäin suurta myös väestöpohjaltaan kuntia suurempien maakuntien välillä. Tästä on havaintoja myös tilastotiedoissa. Esimerkiksi A-klinikoiden asiakkaiden väestöön suhteutettu lukumäärä vaihteli vuonna 2014 Pohjois-Pohjanmaan 12,4 asiakkaasta Etelä-Karjalan ja Etelä-Pohjanmaan kuuteen asiakkaaseen tuhatta asukasta kohden. Myös päihdesairauksien sairaalahoidon väestöön suhteutetut hoitajaksot vaihtelevat maakunnittain. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2016.) Päihdetapauslaskennassa palvelujen käyttö on kokonaisuutena vähentynyt tarkastelujaksolla alkoholin kokonaiskulutuksen alentuessa, mutta poikkeuksellisen suurta palvelujen käytön väestömäärään suhteutettu väheneminen on ollut Etelä-Karjalan, Lapin, Päijät-Hämeen, Uudenmaan ja Varsinais-Suomen maakunnissa. Palveluiden käytön väheneminen saattaa liittyä myös siihen, että palveluihin pääsy on vaikeutunut. Tästä on viitteitä etenkin laitostuntoutuksen osalta (Obstbaum & al. 2011).

Perus- ja avohoitopainotteisten päihde- ja mielenterveyspalveluiden lisääminen on ollut yksi kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman tavoitteista. Suunnitelman loppuarvioinnissa todetaan, että avohoitopalvelut ovat tehostuneet mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimintakaudella ja että tästä tavoitteesta on vallinnut kentän toimijoiden keskuudessa kohtuullisen suuri yksimielisyys. (Mielenterveys ja päihdesuun-

nitelma 2009–2015. Suunnitelman loppuarviointi ja ohjausryhmän suosituksot). Palvelurakenteen muutos, avo- ja laitospalveluiden käytön keskinäisellä suhteella mitaten, on edennyt myös Päihdetapauslaskennan aineistolla tarkasteltuna. Avohoidon osuus (64 %) on kahden mittauksen välillä koko maassa kasvanut noin viisi prosenttiyksikköä. Avohoito on lisääntynyt lähes kaikissa maakunnissa, poikkeuksina Pohjanmaa, Keski-Pohjanmaa, Keski-Suomi ja Lappi, joissa kehitys on ollut päinvastainen. Tämän aineiston perusteella ei ole kuitenkaan mahdollista arvioida, ovatko avopalvelut korvanneet laitospalvelua: palvelut ovat voineet kohdistua eri väestöryhmiin.

Työnjako sosiaali- ja terveydenhuollon, päihdehuollon erityispalvelujen ja asumispalvelujen kesken ei ole tällä vuosituhannella valtakunnallisesti tarkasteltuna juuri muuttunut. Maakunnittain on kuitenkin tapahtunut huomattaviakin työnjaollisia siirtymiä vuodesta 2011 vuoteen 2015. Lukumääräisesti eniten suuntana on ollut terveydenhuollon palvelujen käytön painottuminen. Tämä aineiston pohjalta ei ole mahdollista sanoa, onko tarjottuja palveluja muutettu vai onko samana pysyneiden palvelujen hallinnollista organisointia muutettu.

Väkiriikkaimmissa maakunnissa sekä päihteiden käytöstä johtuva tarve että päihdehuollon erityispalvelujen tarjonta on suurinta. Päihdehuollon erityispalveluiden suhteellinen osuus on kasvanut niissä ja muun sosiaali- ja terveydenhuollon osuus vastaavasti vähentynyt. Asumispalveluiden osuudessa ei ole viime vuosina tapahtunut oleellista muutosta. Päihdehuollon erityispalveluiden käyttö on suhteellisesti kasvanut huolimatta palvelukysynnän alenemasta kokonaisuutena. Näin on tapahtunut erityisesti suurissa väestökeskittymissä. Lisäksi asumispalvelut ja päihdehuollon erityispalvelut muodostavat usein jatkumon, joten voidaan sanoa, että päihdehuollon erityispalveluiden sekä asumispalveluiden kattama osuus päihdehuollon asiakastyön kokonaisuudesta valtakunnallisesti on yli puolet. Tämä osuus on viime vuosina kasvanut.

Päihdepalveluiden saatavuuden vaihtelu palautuu vain osittain alkoholin kokonaiskulutuksen ja ongelmakäyttäjien osuuteen maakunnan väestössä. Palveluissa asioinnin taso on ollut korkeimmillaan suhteessa alkoholin ongelmakäyttäjien määrään Kymenlaaksossa ja Etelä-Savossa, heikointa taas Lapissa ja Etelä-Karjalassa. Väestömäärältään (ja siihen suhteutetulla alkoholinkulutukseltaan) suurimmat maakunnat määrittelevät keskiarvoa,

koska niissä palveluita on tarjolla suhteessakin eniten. Tämän perusteella ei kuitenkaan ole mahdollista sanoa, onko palvelujen saatavuus näissä maakunnissa hyvä tai huono – kyse on suhteellisista eroista. Laskenta kertoo vähintään suuntaa-antavasti jotakin palvelujen saatavuudesta suhteessa tarpeisiin, mutta ei mitään palveluiden laadusta tai laatueroista.

Pohdinta

Päihteiden käyttöön liittyvä asiointi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa on odotetusti kokonaisuudessaan vähentynyt aikavälillä 2011–2015 alkoholin kokonaiskulutuksen alentuessa. Tiedetään, että muutokset päihteiden kulutuksessa näkyvät pienellä viiveellä erilaisina päihdehaittoina. Tällä hetkellä valmistellaan alkoholilain kokonaisuudistusta, jossa on ehdotettu ruokakaupoissa, kioskeissa ja huoltoasemilla myytävien alkoholijuomien enimmäisalkoholipitoisuuden nostamista. On todennäköistä, että uudistuksen myötä alkoholihaitat tulevat lisääntymään ja näin ollen myös palveluiden tarve kasvaa entisestään. (Ks. tarkemmin Mäkelä & Österberg, 2016.)

Maakuntien tasolla vaihtelu palveluiden saatavuudessa on suurta, koska palveluiden järjestämistä vastuu on edelleen kunnilla. Siten myös sosiaali- ja terveydenhuollon eri toimijoiden keskinäinen työnjako on väestötasolla jokseenkin ennallaan. Avopalvelujen suhteellinen osuus on kasvanut, mutta se johtuu enemmänkin asiointien kokonaismäärän vähenemisestä ja laitoshoidon käytön alenemisesta kuin avohoidon osuuden absoluuttisesta lisääntymisestä.

Sote-uudistuksen yksi tärkeä kulmakivi on ollut palvelujen järjestämisen riittävä väestöpohja. Tämän aineiston pohjalta näyttää siltä, että maakuntien lähtötilanne uudistukseen lähdetessä on hyvin vaihteleva. Järjestämislakiluonnoksessa (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon..., 2016) annetaan ohjaavalle viranomaiselle velvoite seurata maakunnittaisia eroja palvelujen saatavuudessa. Päihdetapauskannan aineisto kertoo, että eroja on, mutta sen perusteella ei voida sanoa, mikä on riittävä palvelutaso tai millaisia eroja voidaan vielä pitää hyvinvointivaltion ja väestön tarpeisiin vastaamisen kannalta kohtuullisina.

Päihdetapauskannasta pystyy kyselyn luonteen vuoksi tavoittamaan päihteiden ongelmakäyttäjistä ne, joilla on haitallista käyttöä tai riippuvuus;

riskikäyttäjien tavoittaminen jää satunnaiseksi. Ongelmakäyttäjien sairastavuus ja sosiaali- ja terveyspalvelujen tarve on erityisen suurta; toisaalta osa tämän päivän riskikäyttäjistä on tulevaisuudessa haitoista tai riippuvuudesta kärsiviä. Alkoholin riskikäyttäjien tukeen olisi hyviä ja vaikuttavia menetelmiä, mutta niiden vaikuttavuuden edellytyksenä on systemaattinen väestötason interventio, joka on käytännössä toteutettavissa vain perusterveydenhuollon puitteissa. Lyhytneuvonta (mini-interventio) on tehokas tapa vaikuttaa alkoholinkäyttöön ja ehkäistä alkoholin aiheuttamia haittoja.

Päihteiden ongelmakäyttäjät ovat tarpeiltaan ja yhteiskunnalliselta asemaltaan heterogeeninen joukko. Yleisesti ottaen he hyötyisivät nykyistä vahvemmassa kuntoutuksen horisontaalisesta integraatiosta. Horisontaalisella integraatiolla tarkoitetaan erilaisten palveluiden (esim. sosiaali, terveys, työvoima, koulutus) yhdistämistä yhdeksi palvelukokonaisuudeksi (Koivisto & al. 2016). Toistaiseksi horisontaalinen integraatio on toteutunut käytännössä vain päihdehuollon erityispalveluissa, ja sielläkin vain osittain.

Viime vuosina on toteutettu huomattavia sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen uudelleen organisoimista, joiden tavoitteena on ollut myös päihde- ja mielenterveyspalvelujen saatavuuden ja kohdentumisen parantaminen. Tällaisia on erityisesti ollut Etelä-Karjalassa ja Keski-Pohjanmaalla. Tämän aineiston perusteella ei voida sanoa, että muutokset olisivat olleet päihdepalvelujen saatavuuden tai palvelurakenteen kannalta yksiselitteisesti positiivisia.

Palveluista syrjäytymistä tai palvelujen kehittymistä sosiaalisesti valikoiviksi ei kukaan toivo. Sitä kuitenkin helposti tapahtuu, jos päinvastaista kehitystä ei tueta ja johdeta aktiivisesti. Pelkästään poliittisluontoinen ylätasoinen ohjaus sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen kehittämiseksi ei ole riittävää. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen yksityiskohdilla, kuten järjestämislakiluonnokseen kirjatulla maakunnan palvelulupauksella ja -strategialla voi olla huomattava merkitys palveluiden tarpeen mukaiselle saatavuudelle eri puolilla Suomea. Ne voisivat olla keskeisiä välineitä sille, että päihdeongelmiin vastaavien palveluiden saatavuuteen liittyvä tasa-arvopyrkimys vahvistuisi ainakin maakuntien sisällä.

Muutokseen liittyvä huomattava jatkotutkimuksen ja seurannan tarve. Taloudellisten indikaattorien ja palveluvirtaamien seuranta on tärke-

ää, mutta myös hyvin toteutetuissa organisaatio-uudistuksissa saattaa syntyä väestöryhmäkohtaisia katveita, joista tietoa saadaan vain erillistutkimuksin. Kun myös useissa keskisuurissa maakunnissa päihteisiin liittyvien sosiaalipalvelujen saatavuus on heikentynyt, ja kun vielä kuntouttavien palvelujen saatavuus koko maassa on kokonaisuutena

heikentynyt, on syytä selvittää palvelurakenteiden muutosten sosiaalipoliittista merkitystä. On tärkeää, että päihteiden ongelmakäytön ehkäisyyn ja varhaiseen hoitoon suunnataan voimavaroja, mutta yhtä tärkeää on sekin, että vaikeimmin päihdeongelmaiset ja huono-osaisimmat asiakkaat saavat riittävät ja tarpeenmukaiset palvelut.

Saapunut 30.10.2016
Hyväksytty 23.3.2017

KIRJALLISUUS

- Ala-Nikkola, Taina & Pirkola, Sami & Kontio, Raija & Joffe, Grigori & Pankakoski, Maiju & Malin, Maija & Sadeniemi, Minna & Kaila, Minna & Wahlbeck, Kristian: Size matters – determinants of modern, community-oriented mental health services. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 11 (2014): 8, 8456–8474.
- Ala-Nikkola, Taina & Sadeniemi, Minna & Kaila, Minna & Saarni, Samuli, & Kontio, Raija & Pirkola, Sami & Joffe, Grigori & Oranta, Olli & Wahlbeck, Kristian: How size matters: exploring the association between quality of mental health services and catchment area size. *BMC Psychiatry* 16 (2016):289. DOI 10,1186/s12888-016-0992-5
- Alkoholiongelmaisen hoito (online): käypä hoito suositus. Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Päihdelääkietieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim, 2015. www.kaypahoito.fi (luettu 5.9.2016)
- Arajärvi, Pertti: Pääsy sosiaalihuollon päihdepalveluihin. S. 20–35. Teoksessa Moring, Juha & Bergman, Viveca & Nordling, Esa & Markkula, Jaana & Partanen, Airi & Soikkeli, Markku (toim.): Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Monipuolista sisällöllistä ja rakenteellista kehittämistä 2012. Työpaperi 15/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2013.
- Arviomuistio: mielenterveyslain ja päihdehuoltolain palvelut. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2016. <http://stm.fi/documents/1271139/1977545/Arviomuistio+mielenterveyslain+ja+p%C3%A4ihdehuoltolain+palvelut.pdf/22c2f719-e424-4c80-81fa-6caf7c9e2d7e> (luettu 31.8.2016)
- Hakkarainen, Pekka & Karjalainen, Karoliina & Oja-järvi, Anni & Salasuo, Mikko: Huumausaineiden ja kuntodopingin käyttö ja niitä koskevat mielipiteet Suomessa vuonna 2014. Yhteiskuntapolitiikka 80 (2015):4, 310–333.
- Hirschovits-Gerz, Tanja & Kuussaari, Kristiina & Stenius, Kerstin & Tammi, Tuukka: Miten päihdepalveluiden tarvetta on mahdollista mitata? Esimerkkinä tarveanalyysissä seitsemän kuntaa. Yhteiskuntapolitiikka 81 (2016): 2, 195–205.
- Kaukonen, Olavi: Päihdepalvelut jakaantuneessa hyvinvointivaltiossa. Tutkimuksia 107. Helsinki: Stakes, 2000.
- Kaukonen, Olavi: Torjunta vai poisto? Päihdepalvelujen kehitys laman jälkeen. Yhteiskuntapolitiikka 70 (2005): 3, 311–322.
- Koivisto, Juha & Pohjola, Pasi & Lyytikäinen, Merja & Liukko, Eeva & Luoto, Eija: Ratkaisuja palveluiden yhteensovittamiseen. Innokylän innovaatiokatsaus. Työpaperi 26/2016. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2016. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-769-5> (luettu 16.3.2017)
- Kuussaari, Kristiina & Hirschovits-Gerz, Tanja: Co-occurrence of substance use related and mental health problems in the Finnish social and health care system. *Scandinavian Journal of Public Health* 44 (2016): 2, 202–208.
- Kuussaari, Kristiina & Ronkainen, Jenni-Emilia & Partanen, Airi & Kaukonen, Olavi & Vormaa, Helena: Kuntoutuksesta katkaisuun. Päihdetapauslaskenta palvelujärjestelmän kuvaajana. Yhteiskuntapolitiikka 77 (2012): 6, 640–655.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä, keskenäisen luonnos 31.8.2016. <http://alueuudistus.fi/hallituksen-esitysluonnos-31-8-2016> (luettu 25.10.2016)
- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015: Suunnitelman loppuarviointi ja ohjausryhmän ehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:3. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3694-2> (luettu 15.9.2016)
- Mikkola, Merja & Rintanen, Hannu & Nuorteva, Leena & Kovasin, Merja & Erhola, Marina: Valtakunnallinen sosiaali- ja terveydenhuollon laitospaikkaselvitys. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 8/2015. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-472-4> (luettu 14.9.2016)
- Mäkelä, Klaus & Säilä, Sirkka-Liisa: Alkoholiehtoisten majoitusten jakautuminen eri viranomaisten kesken vuosina 1960–1980. Sosiaalipoliittika, 1986.
- Mäkelä, Pia & Österberg, Esa: Miten hallituspuolueiden tekemän alkoholilain uudistuksen linjaukset vaikuttavat alkoholin kulutukseen ja kansanterveyteen? Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2016. <https://www.thl.fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/alkoholi/usein-kysytyt-kysymykset/poliittika/miten-hallituspuolueiden-tekemat-alkoholilain-uudistuksen-linjaukset-vaikuttavat-alkoholin-kulutukseen-ja-kansanterveyteen-> (luettu 30.9.2016)

- Nuorvala, Yrjö & Huhtanen, Petri & Ahtola, Raija & Metso, Leena: Huono-osaisuus mutkistuu – kuudes päihdetapauslaskenta 2007. Yhteiskuntapolitiikka 73 (2008): 6, 659–668.
- Nuorvala, Yrjö & Metso, Leena & Kaukonen, Olavi & Haavisto, Kari: Muuttuva päihdeasiakkuus. Päihdetapauslaskennat 1987–2003. Yhteiskuntapolitiikka 69 (2004): 6, 608–618.
- Obstbaum, Yaira & Lintonen, Tomi & Aarnio, Jorma & Von Guenewaldt, Virpi & Vartiainen, Heikki & Mattila, Aino & Hakamäki, Sirpa & Viitanen, Päivi & Wuolijoki, Terhi & Joukamaa, Matti: Päihdehaittojen laitostuotoisen kontrollin jakautuminen sosiaali- ja terveydenhuollon, poliisin säilön ja vankeilan välillä 1986–2006. Yhteiskuntapolitiikka 76 (2011): 1, 30–44.
- Partanen, Airi & Kuussaari, Kristiina & Forsell, Martta & Varis, Tuomo: Päihdepalvelut. Teoksessa Kunnallistalouden ja -hallinnon neuvottelukunta. Peruspalvelujen tila -raportti 2014. II osa – liiteosa. Valtiovarainministeriön julkaisuja 9/2014, 189–207.
- Peronius, Nina & Pirttijärvi, Maarit: Sosiaali- ja terveyspalveluja verkosta Lapissa, Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus. S. 171–182. Teoksessa Partanen, Airi & Moring, Juha & Bergman, Viveca & Karjalainen, Jouko & Markkula, Jaana & Marttunen, Mauri & Mustalampi, Saini & Nordling, Esa & Partonen, Timo & Santalahti, Päivi & Sulin, Pia & Tuulos, Tytti & Wuorio, Sanna (toim.): Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Miten tästä eteenpäin? Työpaperi 20/2015. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2015.
- ten tästä eteenpäin? Työpaperi 20/2015. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2015.
- Päihdehuoltolaki (1986/41).
- Päihdetilastollinen vuosikirja 2016: Alkoholi ja huumeet. SVT. Sosiaaliturva. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2017.
- Schneider, Taina & Karlsson, Nina & Stenius, Kerstin. Päihdepalvelujen hankinnat Pohjoismaissa. Selvitys hankintojen ohjauksesta, käytännöistä ja kokemuksesta. Pohjoismainen hyvinvointikeskus, 2016. http://www.nordicwelfare.org/PageFiles/32887/UPPHANDLING_NORDEN_FINSK.pdf (luettu 10.8.2016)
- Stenius, Kerstin & Tammi, Tuukka & Kuussaari, Kristiina & Hirschovits-Gerz, Tanja: Vaikuttaako mielenterveys- ja päihdepalvelujen integraatio? Palvelujärjestelmän integraatio tutkimuksen kohteena. S. 171–182. Teoksessa Partanen, Airi & Moring, Juha & Bergman, Viveca & Karjalainen, Jouko & Markkula, Jaana & Marttunen, Mauri & Mustalampi, Saini & Nordling, Esa & Partonen, Timo & Santalahti, Päivi & Sulin, Pia & Tuulos, Tytti & Wuorio, Sanna (toim.): Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Miten tästä eteenpäin? Työpaperi 20/2015. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2015.
- Varjonen, Vili: Huumetilanne Suomessa 2014. Raportti 1/2015. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2015.

ENGLISH SUMMARY

There are regional differences in the availability of substance abuse services in Finland. Services are more readily available and the range of services is wider in larger than in smaller municipalities. One of the main goals of the ongoing health and social services reform is to ensure equal access to care and treatment, regardless of place of residence. In this article we are interested in how Finland's 18 counties differ in terms of the number of intoxicant-related cases and the division of labour in social and health care services. In addition, we explore possible connections between service use and the level of alcohol risk use (AUDIT-C) in different counties.

collecting data on all intoxicant-related visits to social and health care services during the course of one day.

Keywords: social and health care service system, substance abuse services, substance abuse problems, intoxicant related cases, region.